

**FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN LOS ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE TAGANGA
SANTA MARTA 2006**

**GRECEE CANTILLO NOGUERA
KAREN RIAÑO ANGULO
BIBIANA RUDAS PALMERA**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SANTA MARTA
2007**

**FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN LOS ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE TAGANGA
SANTA MARTA 2006**

**GRECEE CANTILLO NOGUERA
KAREN RIAÑO ANGULO
BIBIANA RUDAS PALMERA**

Trabajo de grado para optar el título de Enfermera

**Asesor científico
MARTHA PAREDES
Enfermera Especialista en Salud Pública y Epidemiología**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SANTA MARTA
2007**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Firma del Jurado

Santa Marta, 29 de Mayo del 2007

AGRADECIMIENTOS

Damos gracias al Señor de los Milagros por habernos guiado e iluminado el camino a seguir y darnos fortaleza para no desfallecer en los momentos más difíciles de la elaboración de nuestra tesis.

MARTHA PAREDES, Enfermera Especialista en Salud Pública y Epidemiología y Asesora Científica, por haber brindado sus conocimientos y colaboración

EDILTRUDIS RAMOS DE LA CRUZ, Enfermera Especialista en Cuidado Crítico, directora del programa de enfermería, por su colaboración incesante durante el desarrollo de nuestra carrera.

A LOS ADOLESCENTES de la comunidad de taganga por habernos suministrado la información que nos sirvió para culminar exitosa mente nuestra investigación

En primera instancia doy gracias a Dios y a la virgen María por haberme guiado y dado la fortaleza para culminar con éxitos esta etapa de mi carrera.

A mis padres Jaquelin y Luis por haberme brindado la oportunidad de venir al mundo y crecer dentro de una familia tan unida como la que tengo; de igual forma agradezco que hallan hecho de mí la mujer que hoy soy, gracias por darme la oportunidad de formarme como profesional y crecer como persona, gratifico de todo corazón cada uno de los sacrificios realizados para que este sueño que emprendí hace cuatro años y medio hoy se pueda ver realizado.

A mi tía Nelda por brindarme su apoyo incondicional en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mis compañeras de tesis Bibiana y Karen y muy especial a KAMOS y

J. C. M. A. por no dejarme desfallecer y darme las fuerzas para seguir en la lucha hasta conseguir esta meta tan anhelada.

GRECEE MILENA CANTILLO NOGUERA.

Dedico este trabajo a Dios por darme su luz y guiarme para lograr alcanzar la meta propuesta.

A mis padres, Medardo y María de quienes he recibido todo el apoyo moral, emocional y espiritual para seguir adelante

A mi esposo Álvaro de quien con paciencia y comprensión he recibido todo el apoyo incondicional y me ha iluminado el camino a seguir

A mis hijos Andrés Jorge y María Alejandra por brindarme el amor y comprenderme en este camino tan largo

A mis hermanos sobrinos y primas por apoyarme y motivarme para seguir adelante y culminar exitosamente esta etapa de mi carrera.

BIBIANA LUZ RUDAS PALMERA.

A Dios por oír mis ruegos de darme fuerza y voluntad al comenzar mi carrera. A la virgen Milagrosa intercesora ante el hijo para que todos mis deseos, luchas y sueños se hallan hecho realidad.

A mi padre José Orlando por todo el apoyo, amor y cuidado que de él recibí para seguir adelante y culminar mis estudios y lograr tan anhelado deseo de ser profesional.

A mi madre Araceli el haberme dado la vida, su calor, amor, cuidado y comprensión en la etapa de estudiante y la alegría de ser hoy alguien realizada.

A mis hermanos por su disposición y estar siempre a mi lado brindándome lo mejor de ellos.

A José Ignacio de quien recibí su voz de aliento, colaboración y aporte a mi tesis, quien vivió cada una de las etapas de mi carrera y demostró que podía contar con su apoyo.

KAREN ZENETH RIAÑO ANGULO

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCION	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
3. ANTECEDENTES	22
4. JUSTIFICACIÓN	27
5. MARCO TEÓRICO	30
6. OBJETIVOS	42
6.1 GENERAL	42
6.2 ESPECÍFICOS	42
7. METODOLOGÍA	43
7.1 ÁMBITO, POBLACIÓN Y UNIDAD DE ANÁLISIS	43

7.2	TIPO DE ESTUDIO	43
7.3	TIPO DE MUESTREO MUESTRA	44
7.4	CRITERIOS DE SELECCIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES DE ANÁLISIS	45
7.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	51
7.6	TÉCNICAS O INSTRUMENTOS A UTILIZAR PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	51
7.7	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	51
7.8	TÉCNICAS O PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	52
8.	ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	74
9.	CONCLUSIONES	77
10.	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.	78

11. BIBLIOGRAFIA	80
12. ANEXOS	86

LISTA DE GRAFICAS

FIGURA 1. Edades de los adolescentes de la comunidad de Taganga segundo semestre del 2006.

FIGURA 2. Sexo de los adolescentes de la comunidad de Taganga segundo semestre del 2006.

FIGURA 3. Nivel educativo de los adolescentes de la comunidad de Taganga segundo semestre del 2006.

FIGURA 4. Edades en las que los adolescentes de la comunidad de Taganga tuvieron su primera relación sexual segundo semestre del 2006.

FIGURA 5. Tienes relaciones actualmente “adolescentes de la comunidad de taganga en el segundo semestre del 2006

FIGURA 6. Has tenido relaciones sexuales con otra persona que no sea tu pareja “Adolescentes de la comunidad de taganga segundo semestre del 2006”.

FIGURA 7. Métodos anticonceptivos que los adolescentes de la comunidad de Taganga conocían en el segundo semestre del 2006.

FIGURA 8. Métodos utilizados por los adolescentes de la comunidad de Taganga en el segundo semestre del 2006.

FIGURA 9. Frecuencia con que los adolescentes de la comunidad de taganga utilizaron los métodos anticonceptivos en el segundo semestre del 2006.

FIGURA 10. Quien te lo recomendó “adolescentes de la comunidad de taganga en el segundo semestre del 2006”

FIGURA 11. Conoces las indicaciones “adolescentes de la comunidad de taganga segundo semestre del 2006”

FIGURA 12. Conoces las contraindicaciones. “adolescentes de la comunidad de taganga segundo semestre del 2006”

FIGURA 13. Donde consiguen los métodos anticonceptivos los adolescentes de la comunidad de taganga segundo semestre del 2006

FIGURA 14. Usaste el método anticonceptivo para evitar embarazos, ETS o las dos cosas. “adolescentes de la comunidad de taganga en el segundo semestre del 2006”

FIGURA 15. Has quedado embarazada alguna vez. “adolescentes de la comunidad de taganga en el segundo semestre del 2006”

FIGURA 16. Hace cuanto. “Adolescentes de la comunidad de taganga en el segundo semestre del 2006

FIGURA 17. Infecciones de transmisión sexual que los adolescentes de la comunidad de Taganga conocían en el segundo semestre del 2006”

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de Taganga II semestre del 2006

GLOSARIO

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

ETS: Enfermedades de transmisión sexual.

DSR: Derechos sexuales reproductivo.

SSR: Salud sexual y reproductiva.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

1. INTRODUCCIÓN

La mayor generación de adolescentes registrada en la historia, se está preparando a ingresar a la adultez en un mundo en rápido cambio. Su nivel educacional, su estado de salud, su disposición a asumir papeles y responsabilidades de adultos y el apoyo que reciben de sus familias, sus comunidades y sus gobiernos, determinarán su propio futuro y el futuro de sus países.

El Estado de la Población Mundial, examina los retos y los riesgos que enfrenta esta generación y que influyen directamente sobre su bienestar físico, emocional y mental. Actualmente, millones de adolescentes y jóvenes enfrentan perspectivas de matrimonios precoces, procreación temprana y educación incompleta, además de la amenaza de las infecciones de transmisión sexual. De todas las nuevas infecciones como el VIH, la mitad ocurre en personas de 15 a 19 años de edad, al aumentar los conocimientos, las oportunidades, las opciones y la participación de los jóvenes, se posibilitará que tengan vidas saludables y productivas, de modo de poder contribuir plenamente a sus comunidades y a un mundo más estable y próspero.¹

¹ Peláez Mendoza Jorge. Adolescencia y salud reproductiva. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 1999.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En casi todo el mundo, la mayoría de las mujeres jóvenes inician su actividad sexual durante el período de la adolescencia. La proporción de jóvenes que han tenido relaciones oscila entre la mitad y los dos tercios en los países de América Latina y el Caribe, llega a las tres cuartas partes o más en muchos países del mundo desarrollado, y es superior a nueve de cada 10 jóvenes en muchos países del África al sur del Sahara.²

En algunas sociedades, la mujer inicia sus relaciones sexuales durante la adolescencia porque se espera que contraiga matrimonio y comience a procrear a una temprana edad. En otras, generalmente el matrimonio ocurre más tarde, pero comúnmente se tienen relaciones sexuales antes del matrimonio. Sin lugar a dudas, algunas sociedades se encuentran en una etapa de transición de una norma social a otra.³

En la mayoría de los países, del 70% al 100% de los niños están registrados en la escuela primaria, aunque varía mucho el total de años de escolaridad que estos jóvenes obtienen. Por ejemplo, en tanto que el 80% de las jóvenes en algunos países en desarrollo acceden a una educación básica por lo menos

² Advancing sexual and reproductive health worldwide through research, policy analysis and public education. 2000 Pag 121 – 130.

³ Hacia un Nuevo Mundo: La Vida Sexual y Reproductiva de los Jóvenes. 01/ 2006

siete años de escolaridad; en el África al sur del Sahara este porcentaje apenas alcanza al 25% o aún menos.

En tanto que las dificultades que enfrentan los adolescentes son comunes a todos los jóvenes, el período de la adolescencia es particularmente crucial para las mujeres. Si bien algunas jóvenes del grupo de 10-19 años apenas comienzan a experimentar los cambios que acompañan la pubertad, muchas inician sus relaciones sexuales o contraen matrimonio. Y cada año, aproximadamente 14 millones de mujeres jóvenes de 15-19 años dan a luz.⁴

Los niveles de uso de anticonceptivos son bajos en el África del Norte y el Medio Oriente, mientras que varían bastante en el Asia: en la India y Pakistán, menos del 5% de las adolescentes casadas practican la anticoncepción, en comparación con el 40% en Indonesia y Tailandia. Salvo algunas excepciones, los países de América Latina y el Caribe presentan niveles de uso que varían del 30% al 53%.⁵

En Colombia la problemática de la salud sexual y reproductiva en los adolescentes ha sido abordada por estudios, cuyos resultados arrojan que esta situación ha venido en aumento, como lo señala un informe del ministerio de la protección social, en la actualidad están reportados 40 mil casos de sida

⁴ Resumen Ejecutivo Preparado por The William H. Gates Foundation.

⁵ Hacia un Nuevo Mundo: La Vida Sexual y Reproductiva de los Jóvenes. 01/ 2006

en Colombia. La prevalencia de la enfermedad en el país es del 0,7 %, el número total de afectados podría llegar a 180 mil.⁶

Estudios realizados en el país confirman que la morbilidad asociada a la salud sexual y reproductiva en la población escolar tiene cifras muy significativas el 13% de las adolescentes colombianas entre los 10 y 19 años de edad, ya son madres, el 25% de las mujeres atendidas por abortos incompletos son adolescentes, el 15% de las muertes en mujeres por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio son de adolescentes⁷

Los adolescentes están expuestos a riesgos que no es más que la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo. Los factores de riesgo que son considerados como altas probabilidades de daño o resultados no deseables para el adolescente, son: promiscuidad, conocimientos sobre métodos anticonceptivos, uso de estos, nivel educativo, embarazos, estado socio económico.⁸

La salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de taganga en la actualidad es una problemática que afecta a más de una familia Taganguera, porque con el pasar del tiempo se ha notado un incremento de

⁶ PROFAMILIA. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud; 2000. Bogotá: Printex Impresores Ltda. 2000.

⁷ ARANA MT. CALLE MC, ARANA M 2004. promoción y cuidado de la salud de adolescentes y jóvenes; haciendo realidad el derecho a la salud. SPA-OPS-GTZ Pág. 334

⁸ Ojeda G et al. *Salud Sexual y Reproductiva: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, 2000. Santa fe de Bogotá, Colombia: PROFAMILIA, 2000.

embarazos en jóvenes, los cuales desde cualquier perspectiva se convierte en un obstáculo para muchos de estos, ya que sus sueños se ven frustrados, por otra parte y aun más preocupante es el ver como día a día aumentan los casos de infecciones de transmisión sexual dentro de la comunidad, se cree que la falta de conocimientos y la mala aplicación de medidas de protección son la causa principal para que estas se presenten; Es importante denotar que la promiscuidad en los adolescentes de la comunidad en estudio ha venido en crecimiento, lo cual contribuye a que los factores de riesgos en salud sexual y reproductiva estén aumentados.

El inicio de la actividad sexual de los adolescentes a temprana edad, ocasiona grandes riesgos de salud por falta de educación sexual adecuada.

Lo anterior desencadena en los adolescentes un deterioro progresivo de su salud ya que no existen controles sobre los riesgos anteriormente expuestos, y que se incrementan por el desconocimiento de los mismos; en este sentido el problema identificado amerita un estudio que genere posibles alternativas de soluciones que a la vez ayuden a mejorar la calidad de vida de este importante sector.⁹

⁹ Castro Espín M. Retos actuales de la educación sexual y una propuesta para la población más joven. Rev. Sexología y Sociedad. 1996.

Esta situación es la que nos lleva a plantearnos el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de Taganga?

3. ANTECEDENTES

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000.

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los anticonceptivos

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 15,7 años para varones y 14,9 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosas, laicas, laicas de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado.

En América Latina y el Caribe la población entre los 10 y 19 años de edad alcanzó 155 millones en el año 2000, lo cual representa alrededor de un tercio

de la población total de la región. En esta región muchos jóvenes están teniendo relaciones sexuales, a menudo sin protección, lo cual los coloca en riesgo de embarazos no deseados, abortos inseguros, e infección con enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH. Las investigaciones revelan que el embarazo adolescente sigue siendo frecuente en América Latina, y que en el Caribe la epidemia del VIH/SIDA es alarmante entre los más jóvenes. Sin embargo, algunas iniciativas para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes están dando resultados alentadores.¹⁰

Khan y Cols quienes encontraron que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue $14,3 \pm 1,6$ años en las mujeres y en $14,4 \pm 1,6$ años en los varones.

En América Latina y el Caribe la edad de la primera relación sexual es significativamente más baja para los hombres que para las mujeres. Un estudio de jóvenes en 11 países encontró que la edad promedio de la primera relación sexual para los varones varía de 12.7 años en Jamaica a 16.0 años en Chile; para las mujeres, varía de 15.6 años en Jamaica a 17.9 años en Chile.

En el Caribe, casi dos tercios de los adolescentes no han tenido relaciones sexuales. Del tercio de adolescentes con experiencia sexual, alrededor de la mitad reportó que su primera relación fue forzada. Más de la mitad de los

¹⁰ Lundgren R. Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes Varones en América Latina. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2000.

varones sexualmente activos y alrededor de un cuarto de las mujeres adolescentes sexualmente activas reportaron ser menores de 10 años al momento de su primera experiencia sexual.¹¹

Un estudio realizado en México reportó que 17 por ciento de los varones y cinco por ciento de las mujeres de 15 años ya habían tenido relaciones sexuales. A la edad de 18 años, la mitad de los hombres y un quinto de las mujeres reportaron ser sexualmente activos¹²

En América Latina y el Caribe, 90 por ciento o más de las adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, excepto Bolivia (74 por ciento), Guatemala (68 por ciento), y Paraguay (89 por ciento), Sin embargo, los porcentajes de uso son bajos, en el Perú, entre las adolescentes no unidas sexualmente activas, el 27 por ciento usa métodos modernos, el 42 por ciento usa métodos tradicionales (ritmo o retiro) y el 28 por ciento no usa actualmente un método anticonceptivo, en El Salvador, de las mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual, solamente el 10 por ciento reportó haber usado anticonceptivos durante su primera relación sexual.¹³

¹¹ Halcón L et al. A Portrait of Adolescent Health in the Caribbean. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2000.

¹² Pisani E et al. HIV and AIDS in the Americas: An Epidemic with Many Faces. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2000.

¹³ Blanc AK, Way AA. Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Estudies in Family Planning* 1998; 29:106-116.

Aumentos y descensos en el nivel de embarazos de adolescentes han ocurrido en América Latina y el Caribe durante los últimos 20 años. En Ecuador y México, por ejemplo, el nivel ha disminuido entre 10 y 15 por ciento, y en la República Dominicana, Perú y Trinidad y Tobago, las adolescentes de hoy tienen 25 a 37 por ciento menos probabilidades de quedar embarazadas que las de hace una generación. Mientras tanto, ha habido poco cambio o ligeros aumentos en el Brasil, Colombia, Guatemala y Paraguay, en el Ecuador, el 20 por ciento de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo En Bolivia, el 14 por ciento de las adolescentes ya son madres o están gestando por primera vez.¹¹ En el Noreste brasileño, el 17 por ciento de las adolescentes ha dado a luz alguna vez.

Salam Betancourt en un trabajo similar encontró que las tres primeras enfermedades de las cuales más conocimiento tienen los adolescentes son el SIDA, la gonorrea y la sífilis.¹⁴

Más de la mitad de todos los casos de SIDA reportados en el Caribe son el resultado de relaciones heterosexuales no protegidas, actualmente representan más de un tercio de los casos de SIDA en dicha región, en

¹⁴ Salam Betancourt Alicia: Conocimiento sobre sexualidad en un grupo de adolescentes, TTR 2001.

trinidad el número de mujeres entre 15 y 19 infectadas por el VIH supera cinco veces al de sus coetáneos varón¹⁵

¹⁵ Plan de Acción de desarrollo y salud en adolescentes y jóvenes en Las Américas. 1998-2001. Washington: OPS; 1998.p. 7-11.

4. JUSTIFICACION

Mediante el presente trabajo se pretende efectuar un diagnostico sobre la situación de salud sexual y reproductiva de los adolescentes del corregimiento de taganga, para conocer de manera detallada los factores de riesgos inherentes a esta actividad y demás acciones que nos permitan aportar un conocimiento certero de esta problemática y cuyos resultados faciliten formular algunas recomendaciones tendientes a la búsqueda de soluciones de esta situación.

Las infecciones de transmisión sexual y los embarazos, constituyen peligros importantes para la salud humana en el nuevo milenio, y ambos influyen en la adolescencia. Las ITS causan problemas de salud en todas las edades, incluso en los niños que están por nacer, o en el propio momento del nacimiento¹⁶.

La adolescencia representa la edad más vulnerable, debido a que los jóvenes se exponen con más frecuencia a los factores de riesgo en este sentido.¹⁷

¹⁶ Heredia Hernández B, Velasco Boza A, Cutié León E, Álvarez Pineda AB. Enfermedades de transmisión sexual y su relación con el embarazo. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1998; 24(1):28-33.

¹⁷ la salud en las América, edición de 2002, volumen 1

Teniendo en cuenta la distinta problemática que se desarrolla en la comunidad de Taganga entre ellos los embarazos, la falta de conocimientos, promiscuidad, inicio de actividad sexual a temprana edad y las infecciones de transmisión sexual, nos llevan adelantar estrategias para identificar en los adolescentes los factores de riesgos en su vida sexual y reproductiva.

La pertinencia de esta investigación contribuirá al diseño de programas de prevención que fomenten estilos de vida saludables en los adolescentes.

En la realización de este proyecto se requiere la participación comunitaria de la población de Taganga (adolescentes) ya que son ellos la pieza fundamental para esta investigación, de igual forma este proyecto quedara como una herramienta clave para la implementación de un programa en la salud sexual y reproductiva que sirva de base a planes operativos llevados por sistemas de seguridad social en salud.

Las mejores herramientas para subsanar y superar esta situación es identificar estos factores de riesgos y con esto mejorar la calidad de vida de los adolescentes en todas las etapas del ciclo vital, esto a su vez contribuiría considerablemente en la prevención de embarazos precoces, el nacimiento de hijos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Este estudio se enfoca en medir los factores de riesgo en salud sexual y reproductiva de los adolescentes del corregimiento de taganga ya que en esta población hasta el momento no se han realizado estudios previos.

5. MARCO TEORICO

La adolescencia es un periodo de transición que comienza en los cambios fisiológicos de la pubertad y se extiende hasta el inicio de la edad adulta.

La salud sexual y reproductiva se refiere al estado de bienestar físico, mental y social de la persona en todo lo relativo al aparato genital y sus funciones. Va mucho más allá de la ausencia de enfermedades; consiste en la posibilidad de llevar una vida sexual satisfactoria. Por otra parte, va mucho más allá de la planificación familiar al considerar los distintos factores que determinan los comportamientos sexuales, tales como las relaciones de poder entre los géneros o el papel de las instituciones en las estrategias de reproducción.

Conviene analizar cuáles son los principales argumentos existentes para admitir la posibilidad de que los menores puedan tomar las medidas necesarias para controlar las consecuencias de sus actos, respecto de su propia salud y respecto de las consecuencias reproductivas que pudieran derivarse. Aunque los jóvenes tienen actualmente múltiples posibilidades de llevar una vida sexual independiente, los adultos siguen teniendo recelos para aceptar sus decisiones respecto a medidas anticonceptivas.

La falta de conocimiento y el inicio de la actividad sexual de los adolescentes a temprana edad, ocasiona grandes riesgos de salud por falta de educación sexual, Puesto que la sexualidad constituye un ingrediente básico de la vida, la sociedad debería transmitir una concepción de la misma, en forma placentera y responsable desde la familia hasta la escuela. Sin embargo resulta evidente en nuestro país la existencia de una doble moral con relación a la sexualidad de los jóvenes: por un lado se potencia pero, por otro, no se consideran las necesidades educativas y asistenciales en estas materias. Los menores son personas en una etapa de maduración, que requieren para el desarrollo armónico de su personalidad un modelo de educación sexual pluridimensional, que comporte un planteamiento integral, que transmita contenidos equilibrados y que proponga un enfoque reflexivo y dialogante.

En suma, que fomente el desarrollo de la autonomía personal y la conciencia moral y social de los adolescentes, conduciéndolos a convertirse en personas responsables.¹⁸

La necesidad de afrontar las causas de por que es posible que aumente el número de embarazos no deseados en las adolescentes de sociedades en las que imperen la información y la libertad.

¹⁸ Nogueira. "Cecilia Cardinal de Martín, la Educación Sexual como el Proyecto de una visión vital, dialógica y reivindicativa del sentido humano del placer. *Si tu cuerpo goza, gozará la vida*. Reflexiones a propósito de la publicación de su libro: *Educación sexual. Un proyecto humano de múltiples facetas*". Revista Anthropos No. 210, Sección Laberintos p.197.

Para ello es preciso interrogarse sobre qué modelo de conducta adulta presentamos a los jóvenes y qué modelo de feminidad o masculinidad. Las diferencias biológicas entre los hombres y las mujeres han sido utilizadas para fundamentar y justificar diferencias de status y de capacidad intelectual o moral; esta diferencia, hoy inaceptable, se mantiene presente en el distinto nivel de poder y autoridad que poseen unas y otros en todos y cada uno de los ámbitos de la vida familiar y social. La confusión ante unas exigencias imposibles de realizar y unos modelos adultos que adolecen de la misma ambigüedad, permite comprender y sacar a la luz el conflicto en el que los jóvenes inician su vida sexual, desde qué posición lo hacen y qué buscan en ella.¹⁹

La discusión pública no debe olvidar la influencia que todas estas cuestiones tienen en la salud mental; considerar únicamente los aspectos biológicos sería tanto como reducir la complejidad del ser humano a una sola de sus vertientes. El cálculo de riesgo para la salud del joven o adolescente y su evitación de tomar en consideración los dos niveles de salud, la física y la mental, que en estos supuestos, más que en ningún otro, están fuertemente entrelazados.

Por ello, resulta conveniente que se integren la enseñanza escolar y las aportaciones del sector socio-sanitario. Teniendo en cuenta que informar sobre la sexualidad no induce a la práctica sexual y que, como está reconocido por la

¹⁹ Colectivo de autores, Lecciones de Filosofía Marxista – Leninista Tomo II Editorial Félix Varela La Habana 2003

propia Organización Mundial de la Salud, la educación sexual no fomenta la precocidad de las relaciones ni la promiscuidad sino que potencia la reflexión y el análisis anticipatorio, lo que evita el predominio de la acción irreflexiva sobre el pensamiento lógico.²⁰

La responsabilidad de las relaciones sexuales seguras y de la adopción de medidas anticonceptivas corresponde tanto al menor como a la menor pero no hay que olvidar la situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres al respecto, tanto por las consecuencias reproductivas como por la mayor facilidad de contagio en ciertas circunstancias.

De la misma manera, la sociedad entera debe tomar sus responsabilidades propias y compartidas seriamente, actuando en consecuencia con lo que ya prevé la ley; es decir, en beneficio del interés de los adolescentes, de su educación integral y de su salud.²¹

Las investigaciones sobre la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, han estado dirigidas tradicionalmente a problemas relacionados con la reproducción, específicamente el embarazo e infecciones de transmisión

²⁰ Esta referencia es tomada del Portal Minkowska. (<http://www.minkowska.com>)

²¹ A. Nogueira. "Cecilia Cardinal de Martín, la Educación Sexual como el Proyecto de una visión vital, dialógica y reivindicativa del sentido humano del placer. *Si tu cuerpo goza, gozará la vida*. Reflexiones a propósito de la publicación de su libro: *Educación sexual. Un proyecto humano de múltiples facetas*". Revista Anthropos No. 210, Sección Laberintos p.197.

sexual. Menos atención se ha brindado a los problemas relacionados con la sexualidad y por consiguiente existe una ausencia de información desagregada por sexo sobre estos aspectos y su impacto en la salud y las vidas de los adolescentes. La salud de los adolescentes, es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios, sin embargo, con demasiada frecuencia, las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud excepto cuando su conducta es inadecuada.²²

Autores clásicos en el campo de la sexología como Masters, Jonson y Kolodny aseguran que la conducta sexual de los adolescentes actuales es un tema de considerables especulaciones pero de pocos estudios y que los problemas metodológicos para realizar investigaciones de la sexualidad de los adolescentes dificultan la interpretación de lo poco que se conoce²³

El comportamiento sexual y las pautas reproductivas de los adolescentes son muy sensibles a las influencias de factores sociales y guardan relación con su propia percepción del bienestar psicológico. La salud mental social y física del adolescente es el resultado de las experiencias durante esta etapa y son importantes determinantes de una buena parte de la salud en etapas posteriores.

²² Colectivo de autores. Lecturas de Filosofía, Salud sexual y reproductiva, editorial Ciencias Medicas, 2004.

²³ Hiebsch H, Vermerg M. psicología social marxista. La Habana: Editora Política:1982

La construcción de un proyecto de vida familiar no es incompatible con la construcción de un proyecto de vida personal, pero es importante saber planear para que armonicen y no sean fuente de conflicto. Muchas mujeres especialmente, más que hombres, han tenido que aplazar o sacrificar expectativas de vida y proyectos de desarrollo por hacer frente a la crianza de un embarazo no planeado.

La fecundidad en adolescentes ha incrementado en los últimos años: para el año 2000 es de 19%. Teniendo en cuenta todas las implicaciones que se derivan de esta situación se propone, mediante acciones de distinto orden, reducir la fecundidad al 14% (es decir, cinco puntos porcentuales con respecto al 19%, lo cual equivale al 26% del total de embarazos en adolescentes).²⁴

En el 2002, los servicios de salud a nivel mundial reportaron aproximadamente 333 millones de casos de enfermedad de transmisión sexual; los índices de prevalencia más elevados se presentaron en el sudeste de Asia y África. En Latinoamérica las cifras alcanzaron 36 millones de personas infectadas.

Con estos datos se demuestra que a pesar de los grandes esfuerzos y adelantos de la medicina, las enfermedades de transmisión sexual continúan siendo un grave problema mundial. Este tipo de infecciones aparecen con

²⁴ <http://www.colombiajoven.gov.co/documentos/saludyr/politica-SSR27.pdf>, estado del arte

mayor frecuencia en los países en vía de desarrollo, especialmente entre las clases menos favorecidas.

De acuerdo con los organismos de salud, la falta de educación es la razón principal para que estas enfermedades se propaguen más rápidamente, pues a la hora de tener relaciones sexuales las personas no tienen en cuenta las precauciones necesarias, por lo que existe mayor peligro de contagio.

“Seguimos preocupados con la evolución del sida. Es cierto que Colombia ha logrado, a diferencia de muchos otros países, mantener una baja prevalencia del problema. Pero el problema existe y viene creciendo. Es necesario que todas las fuerzas de la sociedad: gobiernos tanto nacional y departamental como local, líderes comunitarios, madres de familia y profesores, necesitamos entender que este problema nos corresponde a todos enfrentarlo”.

La salud sexual en los adolescentes de taganga es una actividad que se lleva en la mayoría de los casos a temprana edad siendo esta uno de los primeros factores de riesgo para la adolescencia puesto que la falta de conocimiento que ha estas edades se tienen incrementan el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseado, mas preocupantes es el crecimiento de la promiscuidad que se presenta dentro de la comunidad ya que los jóvenes toman las relaciones sexuales como una diversión.

La Constitución Nacional define la garantía de los derechos y deberes como uno de los fines esenciales del Estado. Los derechos sexuales reproductivos

(DSR) son derechos humanos fundamentales en la medida en que las decisiones sobre la sexualidad, la reproducción y la atención de las enfermedades y eventos relacionados con ellas entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida (por ejemplo, poner en riesgo la vida de las mujeres por embarazo u otros aspectos relacionados con la procreación); a la igualdad y a no sufrir ningún tipo de discriminación (por ejemplo, igualdad independientemente del sexo, la edad, la orientación sexual, la etnia o cualquier otro factor); a la integridad personal (por ejemplo, a tener una vida sexual y reproductiva libre de acoso, coerción o violencia), entre otros. Es así como los desarrollos internacionales sobre los derechos en salud sexual y reproductiva (DSR) también tienen respaldo jurídico en la normatividad constitucional colombiana y

por lo tanto, su garantía y ejercicio incluye el derecho básico a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva (SSR) para contribuir al desarrollo de las personas y al mejoramiento de su calidad de vida, y el derecho de las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relativos a su sexualidad y reproducción, libres de coerción, discriminación y violencia. Esto incluye la toma de decisiones sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, e implica la obligación del estado de garantizar la disponibilidad de la información y medios para ello, así como el acceso, la calidad, la privacidad, la confidencialidad, y la integralidad de los servicios.

La Constitución Nacional define la atención en salud y la seguridad social como Servicios públicos de carácter obligatorio a cargo del estado, que deben ser prestados conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Esto implica una responsabilidad indelegable para el estado, que no se altera por la facultad que le confiere la Constitución de delegar la prestación de servicios en entidades privadas, sobre las cuales existe un deber de vigilancia y control y quienes deben asumir la prestación de los servicios de salud con criterios de responsabilidad social.²⁵

En Colombia, la situación de la salud sexual y reproductiva muestra que es inaplazable la implementación de una política integral que logre modificar indicadores que siguen siendo muy preocupantes. Los factores de vulnerabilidad más frecuentemente asociados a condiciones precarias de la salud sexual reproductiva son el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS), los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales. Además de estos factores, existen estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y

²⁵ Constitución política artículo 2, 11, 12, 13, 15

el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona en su contexto específico.

La ley nacional de salud reproductiva y procreación responsable en sus artículos 1°- 2° dispone que sea objeto del programa nacional de salud sexual y procreación responsable “promover la salud sexual de los adolescentes.

Art. 1°- Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

Art. 2° - Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.

b) Prevenir embarazos no deseados;

c) Promover la salud sexual de los adolescentes;

d) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital.²⁶

LEGISLACIÓN Y POLÍTICA EN SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

²⁶ Ley nacional de salud reproductiva y procreación responsable. Artículos 1°- 2°

La Política de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR) se propone lograr sus objetivos mediante un conjunto de políticas integrales que pretenden dirigir acciones orientadas hacia los principales problemas de salud.²⁷

Esta política se propone entre sus objetivos generales, lograr que todos los ciudadanos y ciudadanas en todas las etapas de su vida puedan disfrutar de una salud reproductiva “sana, satisfactoria, segura y responsable”. También se propone lograr el acceso a servicios de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud desde una perspectiva de equidad de género y desarrollo humano, y propiciar el desarrollo integral del ser humano y el bienestar comunitario.

Las funciones y responsabilidades de los organismos de dirección del sistema de seguridad social en salud (SGSSS) para la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva se distribuyen

Principalmente entre el Ministerio de Salud el Consejo de Seguridad Social En Salud y la Superintendencia Nacional en Salud. A nivel territorial, el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y las Direcciones Municipales de Salud operan para promover Y garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva.²⁸

²⁷ Ministerio de Salud, *Documento técnico no. 1.*, p. 13. Esta política se sustenta jurídicamente en la Constitución Política de Colombia (Art. 46 y 48), la Ley 10 de 1990 descentralización administrativa, la Ley 60 de 1993 sobre distribución de competencias y recursos en las entidades territoriales, la Ley 115 de 1993 de Educación y la Ley 100 de 1993 que reglamenta la reforma al SGSSS.

²⁸ El Ministerio de Salud es el encargado de formular la política de SSR y normas

6. OBJETIVOS

6.1 GENERAL:

Identificar los factores de riesgos en salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de Taganga 2006.

6.2 ESPECIFICOS:

- Describir variables sociodemográficas de los adolescentes de la comunidad de Taganga 2006.
- Determinar el conocimiento acerca de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comunidad de Taganga 2006.

7. METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

7.1 TIPO DE INVESTIGACION

Nuestra investigación corresponde a un estudio observacional descriptivo ya que en este se examinará la distribución o los determinantes de un evento, sin intentar modificar los factores que lo influncian.

7.2 AMBITO

El ámbito de esta investigación corresponde al corregimiento de Taganga.

UNIVERSO Y POBLACION.

Los adolescentes de 10 a 19 años de la comunidad de Taganga.

la población a la cual va dirigido el proyecto lo constituyen adolescentes pertenecientes a la comunidad de taganga.

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
10-14 años	246	195	441	10.3%
15-19 años	188	167	355	8.3%

7.3 TIPOS DE MUESTREO

El tipo muestreo será probabilístico aleatorio simple sin reemplazo.²⁹

En el muestreo aleatorio simple sin reemplazo, el investigador determina el marco muestral, nombre técnico de la lista final de unidades o elementos de muestreo a partir de la cual se seleccionará la muestra.

MUESTRA

La muestra del estudio estuvo constituida por 164 adolescentes de la comunidad de Taganga.

²⁹ Dense F. Polit- Hungler investigación científica en ciencias de la salud, sexta edición
MC Graw Hill Interamericana

DEFINICION DE FUENTES

PRIMARIA: Adolescentes de la comunidad de taganga.

7.4 DEFINICION DE VARIABLES

EDAD: tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la fecha.

SEXO: sexo condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

NIVEL SOCIOECONOMICO: es aquel que mide el grado de estratificación de las personas.

NIVEL EDUCATIVO: grado de formación que tiene una persona.

INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES: Es la edad en que un individuo inicia su vida sexual.

PROMISCUIDAD: convivencia de personas de sexo diferentes.³⁰

CONOCIMIENTO: facultades sensoriales del ser humano.

³⁰ [Http// webs.uvigo.es/sexualidad](http://webs.uvigo.es/sexualidad)

FRECUENCIA DE UTILIZACION DE ANTICONCEPTIVOS: es la continuidad con que una persona utiliza los métodos anticonceptivos.

UTILIZACION DE ANTICONCEPTIVOS: cualquier acción, instrumentos o medicación dirigidos a evitar la concepción o el embarazo viable.³¹

EMBARAZO: proceso en virtud del cual el huevo fecundado se desarrolla en el útero durante 9 meses hasta el parto.

ITS: infección contagiada a través de las relaciones sexuales.³²

³¹ [Http://www.definicion.org](http://www.definicion.org)

³² <http://es.wikipedia.org/wiki>

7.4 OPERACIONALIZACION

VARIABLE	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	DEPENDENCIA
EDAD	CUANTITATIVA	ORDINAL	10 - 15 15 -19	INDEPENDIENTE
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	FEMENINO MASCULINO	INDEPENDIENTE
NIVEL SOCIO ECONOMICO	CUANTITATIVO	ORDINAL	ESTRATO: 1 2 3 4 5 6	INDEPENDIENTE

VARIABLE	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	DEPENDENCIA
NIVEL EDUCATIVO	CUALITATIVO	ORDINAL	GRADO : 0 – 11 TECNICO UNIVERSITARIOS OTROS NO SABE LEER NI ESCRIBIR	INDEPENDIENTE
INICIO DE LA RELACION SEXUAL	CUANTITATIVO	ORDINAL	10 11 12 13 14 15 16 17 18 19	DEPENDIENTE
PROMISCUIDAD	CUALITATIVO	NOMINAL		DEPENDIENTE

VARIABLE	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	DEPENDENCIA
CONOCIMIENTO	CUALITATIVO	NOMINAL	CONOCIMIENTOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES.	DEPENDIENTE
FRECUENCIA DE UTILIZACION DE ANTICONCEPTIVOS	CUALITATIVO	NOMINAL	SIEMPRE CASI SIEMPRE NUNCA	DEPENDIENTE
UTILIZACION DE ANTICONCEPTIVOS	CUALITATIVO	NOMINAL	T. DE COBRE HORMONAL QUIRURGICO BARRERA RITMO NINGUNO	DEPENDIENTE

VARIABLE	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	DEPENDENCIA
EMBARAZO	CUALITATIVO	NOMINAL	DESEADO NO DESEADO	DEPENDIENTE
ITS	CUALITATIVO	NOMINAL	SIDA GONORREA SIFILIS HERPES GENITAL HPV CHANCRO CLAMIDIA TRICOMONIASIS	DEPENDIENTE

7.5 CRITERIO DE INCLUSION:

Los adolescentes de 10 a 19 años de la comunidad de Taganga.

CRITERIO DE EXCLUSION:

Todos aquellos adolescentes que se encuentren diagnosticados con retrasos mentales.

7.6 DISEÑO DEL INSTRUMENTO: para la recolección de los datos se preparo una encuesta ver anexo # A (diseño propio) anónima con preguntas cerradas de opción múltiple y preguntas abiertas.

Algunas de las preguntas incluidas en el cuestionario anexo han sido tomadas y/o adaptadas del cuestionario del estudio “Encuesta de opinión pública sobre salud reproductiva Agosto de 2003”. Dado que en Taganga no se cuenta con estudios sobre factores de riesgo en salud sexual y reproductiva en los adolescentes.

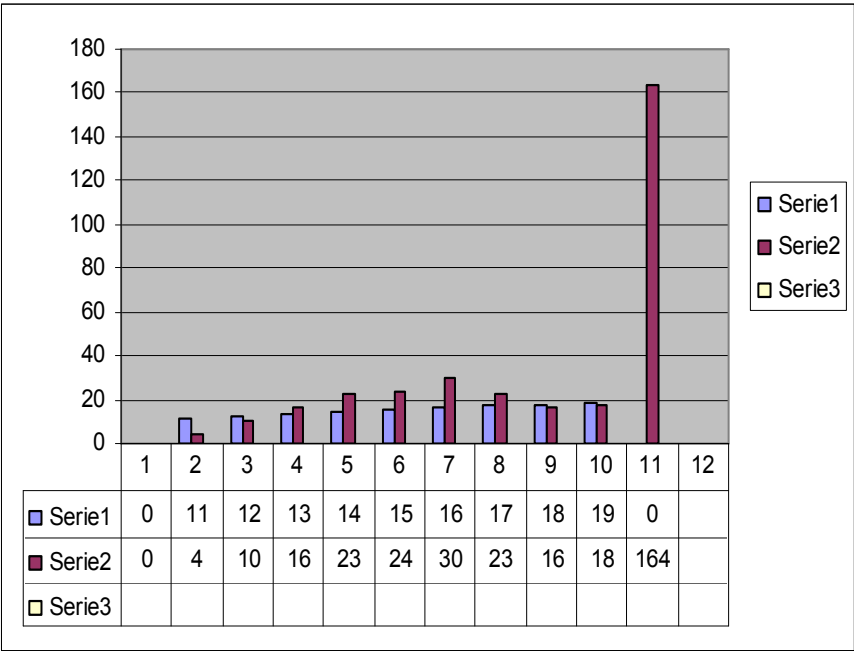
7.7 ANALISIS DE RESULTADOS

Se analizaron datos mediante el manejo de la base de datos EXEL, los resultados se realizaron mediante estadísticas descriptivas como: porcentajes, media, mediana, moda.

7.8 PRESENTACION DE RESULTADOS

FIGURA No. 1

Edades de los adolescentes de la comunidad de Taganga segundo semestre del 2006.



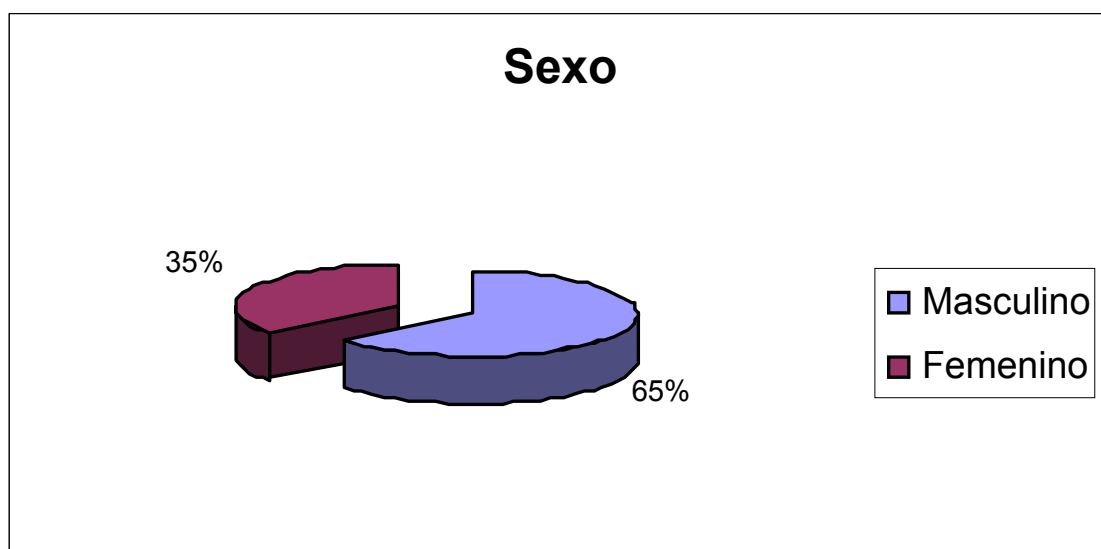
FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de taganga II semestre del 2006. Diseño propio

En la figura numero 1 se puede observar la distribución de las muestras según el grupo de edad, la edad de mayor representación fue la de 16 años con 30 adolescentes para un 18% y la de menor fue la de 11 años con 4 adolescentes para un 10%.

Además podemos notar que las edades se muestran en forma homogénea, es decir que no hay mucha variación entre las frecuencias de ellas.

FIGURA No. 2

Sexo de los adolescentes de la comunidad de Taganga segundo semestre del 2006.

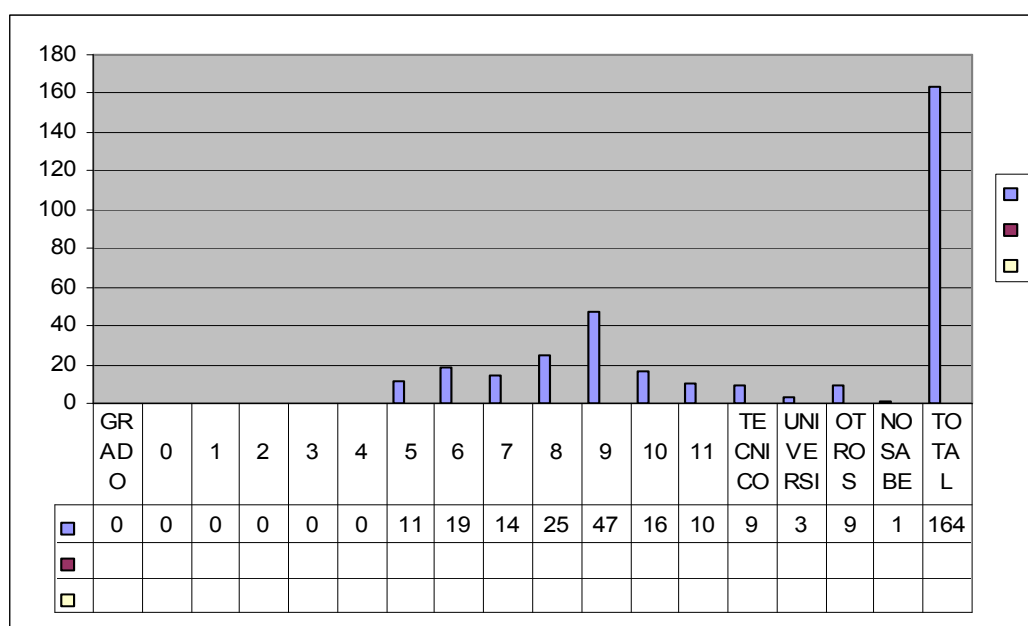


FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de taganga II semestre del 2006. Diseño propio

En la figura numero 2 se puede observar el sexo, del total de individuos estudiados 91 pertenecen al sexo masculino y 73 al sexo femenino, para un 65% y 35% respectivamente.

FIGURA No. 3

Nivel educativo de los adolescentes de la comunidad de Taganga segundo semestre del 2006.

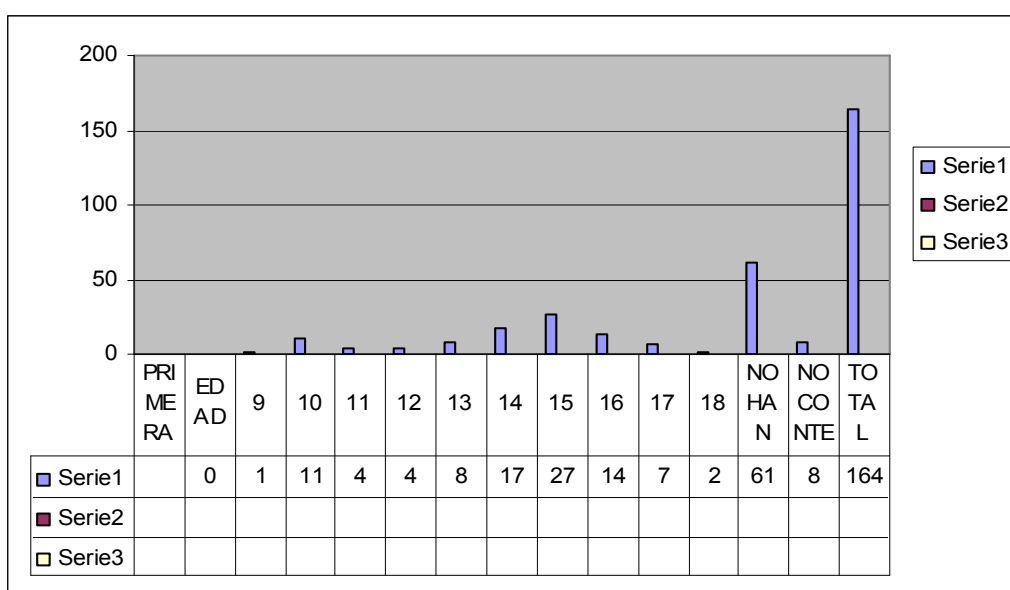


FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de Taganga II semestre del 2006. Diseño propio

En el estudio se nota que la gran mayoría de los adolescentes en Taganga tienen un 9° de escolaridad, es bueno resaltar que hay jóvenes con un número significativo, cursando estudios técnicos y universitarios.

FIGURA No.4

Edades en los que los adolescentes de la comunidad de Taganga tuvieron su primera relación sexual segundo semestre del 2006.



FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de Taganga II semestre del 2006. Diseño propio

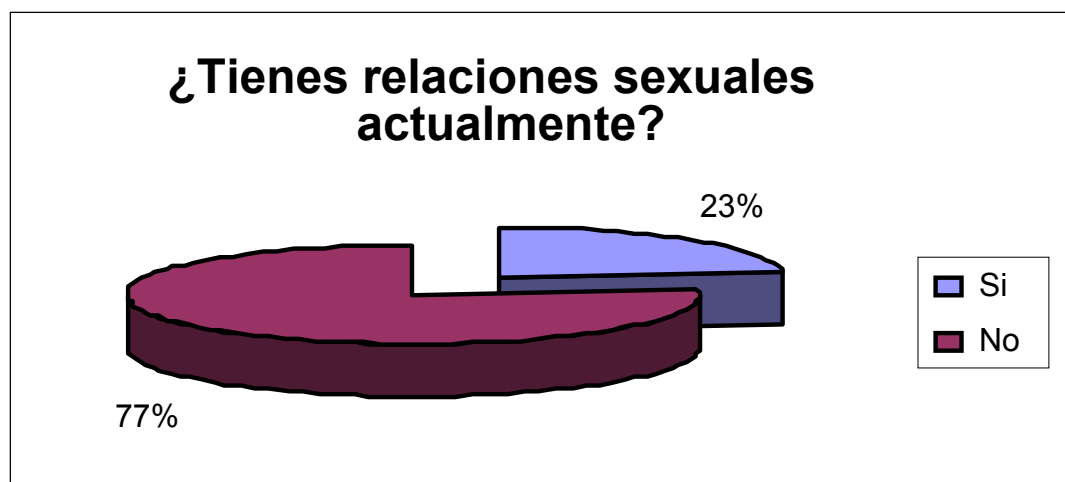
En la figura numero 4 se muestran las edades de las primeras relaciones sexuales de nuestro grupo de estudio y encontramos como en el sexo masculino el 38,5% tuvo su primera relación sexual a los 15 años de edad mientras que 29,5% las inició entre los 15-17 años y un 32% luego de los 17 años. En cuanto al sexo femenino el 26,9% comenzó sus relaciones sexuales

antes de los 15 años, el 51,5% entre los 15-17 años y 21,5% luego de los 17 años.

Nuestros resultados son similares a los estudios realizados en Buenos Aires, en una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 15,7 años para varones y 14,9 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían. Podemos notar que no es mucha la diferencia con el inicio de las relaciones sexuales en la comunidad de Taganga.

FIGURA No. 5

Tienes relaciones actualmente “adolescentes de la comunidad de Taganga en el segundo semestre del 2006



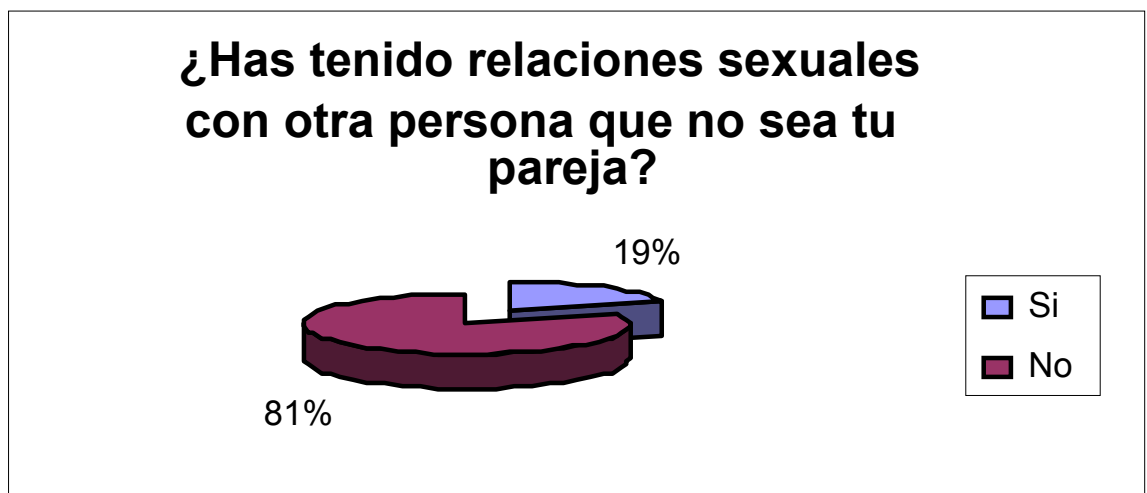
FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de Taganga II semestre del 2006. Diseño propio

La encuesta dio como resultado que un 77 % de los adolescentes en Taganga, al momento de la encuesta, no tienen relaciones sexuales.

Al compararse el gráfico con la de edad de inicio de las relaciones sexuales, podría pensarse que la primera relación, que equivale al 62 % de los adolescentes fue por experimentar.

FIGURA No. 6

Has tenido relaciones sexuales con otra persona que no sea tu pareja
“Adolescentes de la comunidad de Taganga segundo semestre del 2006”.

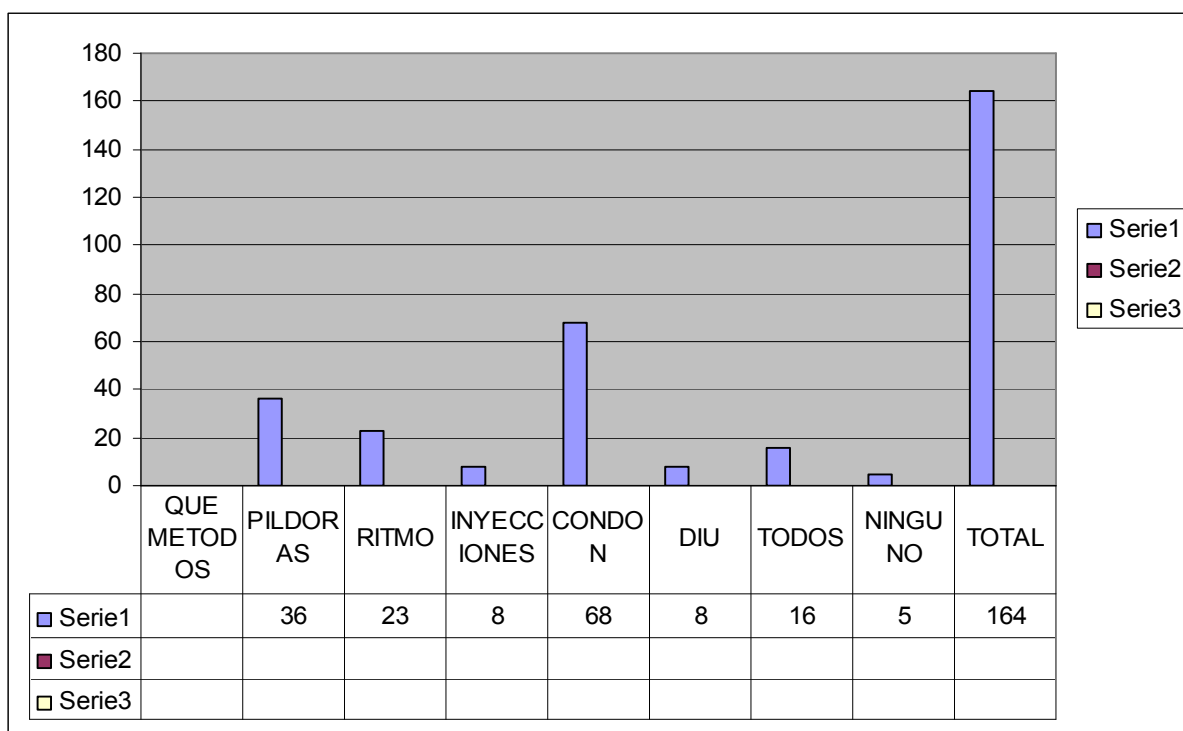


FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de taganga II semestre del 2006. Diseño propio

La gráfica nos dice que los adolescentes de Taganga son fieles a sus parejas en lo relacionado con las relaciones sexuales, solo el 19 % se muestra como promiscuo o infiel.

FIGURA No. 7

Métodos anticonceptivos que los adolescentes de la comunidad de Taganga conocían en el segundo semestre del 2006.



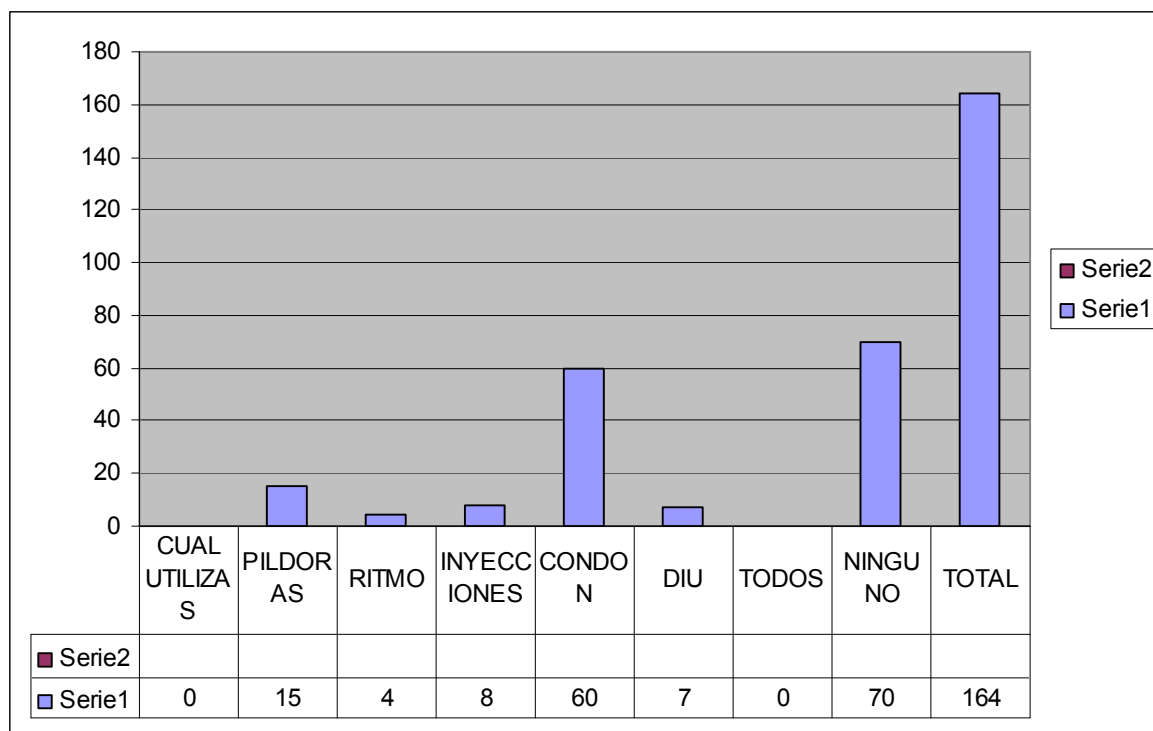
FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de Taganga II semestre del 2006. Diseño propio

De los que contestaron que si conocen los métodos anticonceptivos, el más conocido es el método del condón, con un 41% seguido del método de las píldoras con un 22 %.

En investigaciones realizadas en América Latina y el Caribe, el 90 % o más de las adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, excepto Bolivia (74 %), Guatemala (68 %), y Paraguay (89 %).

FIGURA No. 8

Métodos utilizados por los adolescentes de la comunidad de Taganga en el segundo semestre del 2006.



FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de Taganga II semestre del 2006. Diseño propio

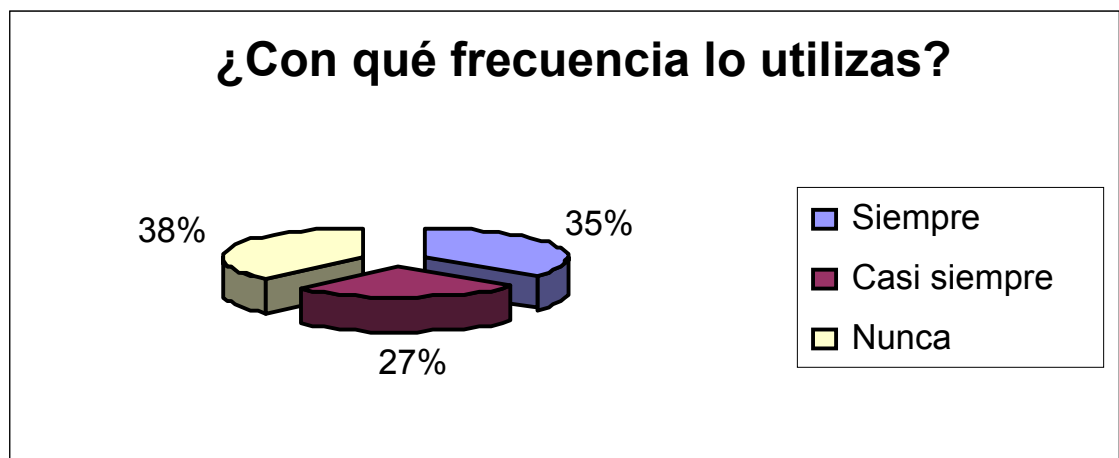
El método más utilizado es el condón, con un 37 % luego viene la píldora con un 9 %, es de anotar que la mayor respuesta a esta pregunta fue ninguno con un 43%.

En el estudio realizado en Buenos Aires Argentina un 70% de los adolescentes que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar

el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado.

FIGURA No. 9

Frecuencia con que los adolescentes de la comunidad de Taganga utilizaron los métodos anticonceptivos en el segundo semestre del 2006



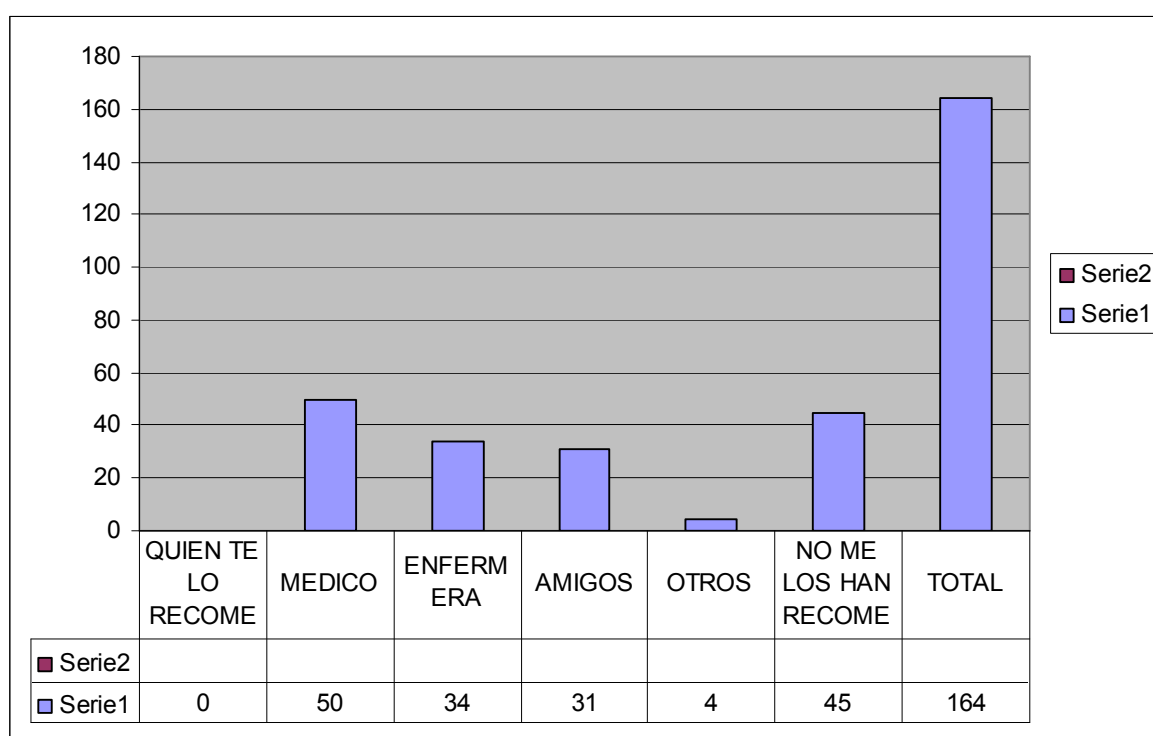
FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de taganga II semestre del 2006. Diseño propio

El 38 % de los encuestados nunca utilizan métodos anticonceptivos. El 35 % contestó que siempre y el 27 % restante dice que casi siempre utiliza métodos anticonceptivos.

Sin embargo, en América Latina los porcentajes de uso de anticonceptivos son bajos, en el Perú, entre las adolescentes no unidas sexualmente activas, el 27 % usa métodos modernos, el 42 % usa métodos tradicionales (ritmo o retiro) y el 28 % no usa actualmente un método anticonceptivo.

FIGURA No. 10

Quien te lo recomendó “adolescentes de la comunidad de Taganga en el segundo semestre del 2006”

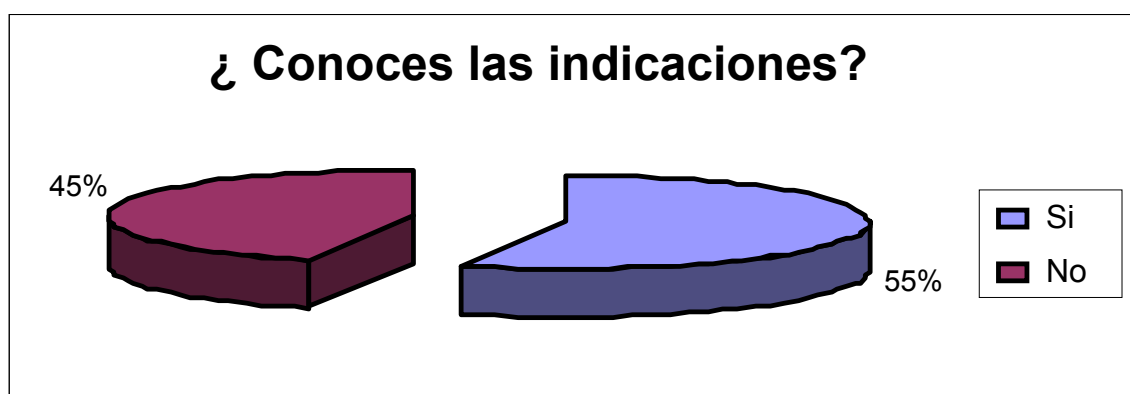


FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de Taganga II semestre del 2006. Diseño propio

El 31 % de los adolescentes de taganga dicen que los métodos anticonceptivos les fueron recomendados por médicos, el 27 % por enfermeras, el 21 % no los ha recomendado nadie y el 19 % por amigos.

FIGURA No. 11

Conoces las indicaciones “adolescentes de la comunidad de Taganga segundo semestre del 2006”

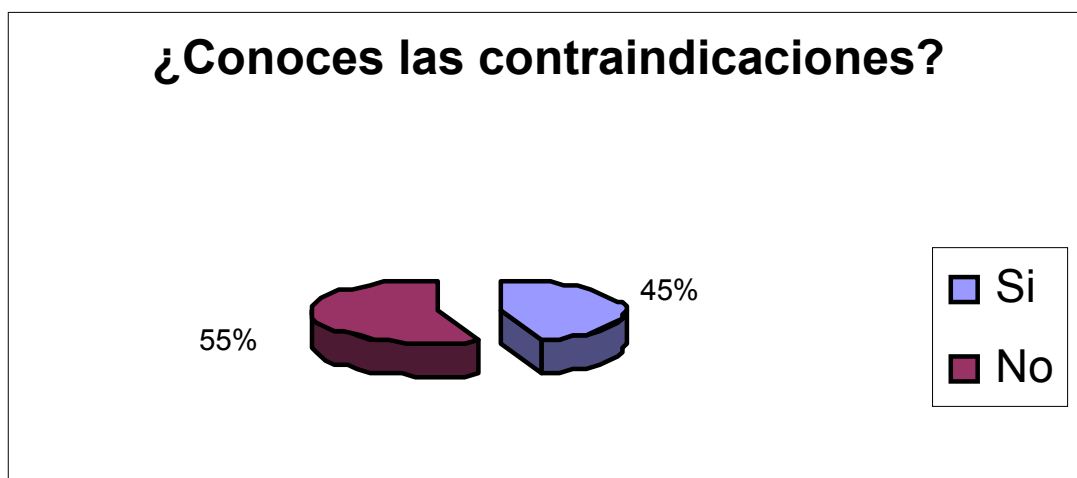


FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de taganga II semestre del 2006. Diseño propio

El 55 % de los encuestados dice conocer las indicaciones de los métodos anticonceptivos, el 45 % restante dice no conocerlos.

FIGURA No. 12

Conoces las contraindicaciones. “adolescentes de la comunidad de Taganga segundo semestre del 2006”

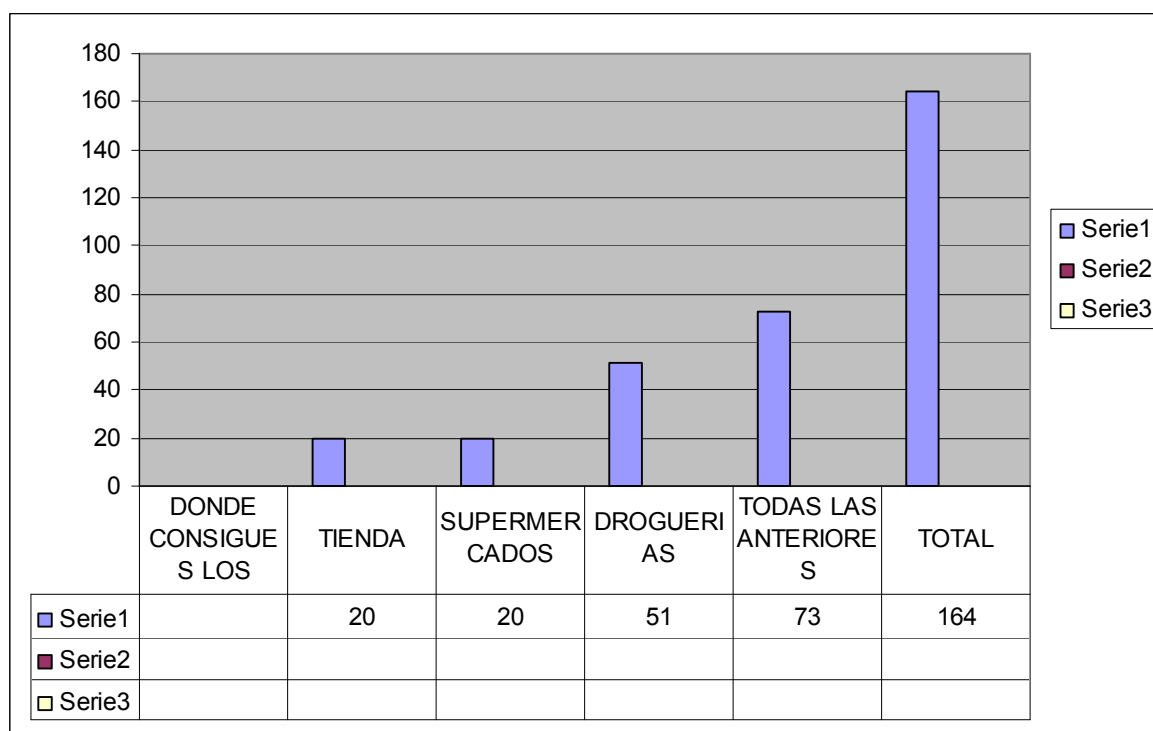


FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de taganga II semestre del 2006. Diseño propio

El 55 % de los adolescentes que participaron en la encuesta dicen desconocer las contraindicaciones de los métodos anticonceptivos, el 45 % restante SI conoce las contraindicaciones.

FIGURA No. 13

Donde consiguen los métodos anticonceptivos los adolescentes de la comunidad de Taganga segundo semestre del 2006



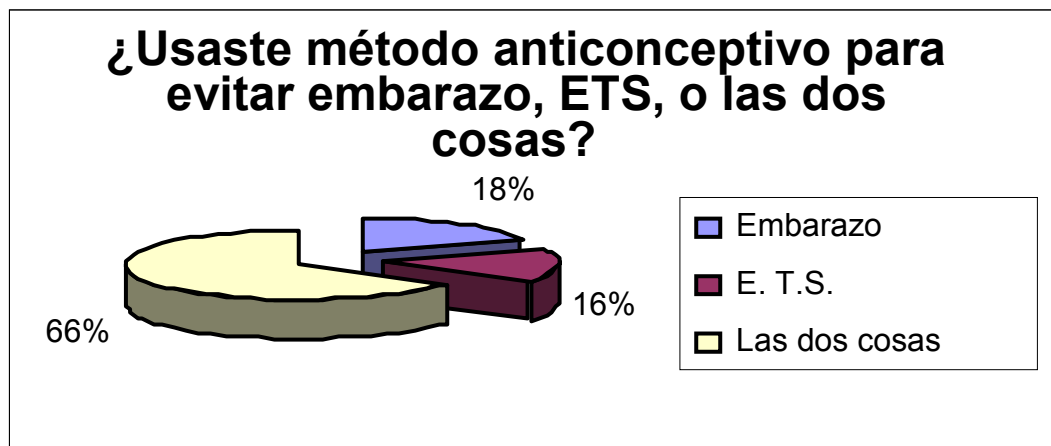
FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de Taganga II semestre del 2006. Diseño propio

De los 164 encuestados 73 adolescentes respondieron que los consiguen en todas las anteriores esto equivale aun 45%, seguido con un 31% droguerías Encontrándose con un 12% tiendas y supermercados.

FIGURA No. 14

Usaste el método anticonceptivo para evitar embarazos, ETS o las dos cosas.

“adolescentes de la comunidad de Taganga en el segundo semestre del 2006”

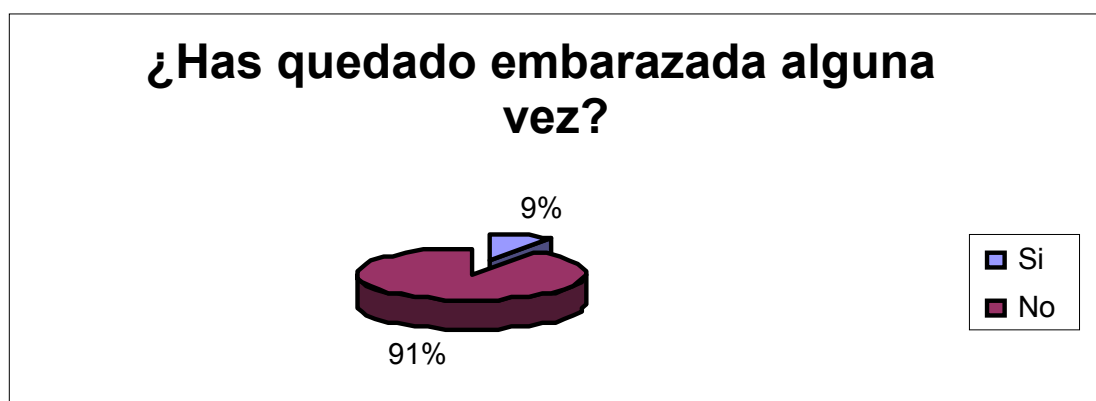


FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de Taganga II semestre del 2006. Diseño propio

El 66 % de los adolescentes que participaron en la encuesta, dicen que utilizan los métodos anticonceptivos para evitar las dos cosas, el 18 % para evitar el embarazo y el 16 % restante para evitar las ETS.

FIGURA No. 15

Has quedado embarazada alguna vez. “adolescentes de la comunidad de Taganga en el segundo semestre del 2006”



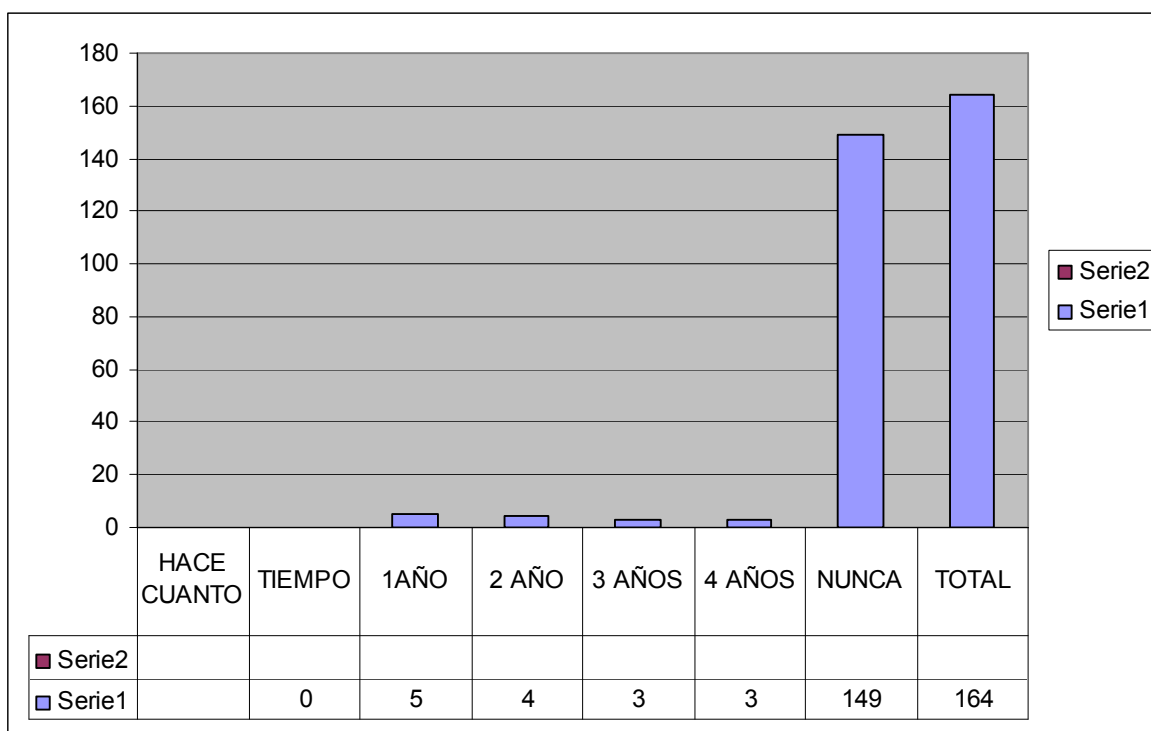
FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de taganga II semestre del 2006. Diseño propio

Del 100% de las mujeres encuestadas solo el 9% contestó que si había quedado embarazada alguna vez

Las investigaciones revelan que el embarazo adolescente sigue siendo frecuente en América Latina en comparación con los resultados obtenidos en las adolescentes de Taganga, los embarazos en estas son poco presentes teniendo en cuenta los sesgos de la investigación.

FIGURA No. 16

Hace cuanto. “Adolescentes de la comunidad de Taganga en el segundo semestre del 2006”



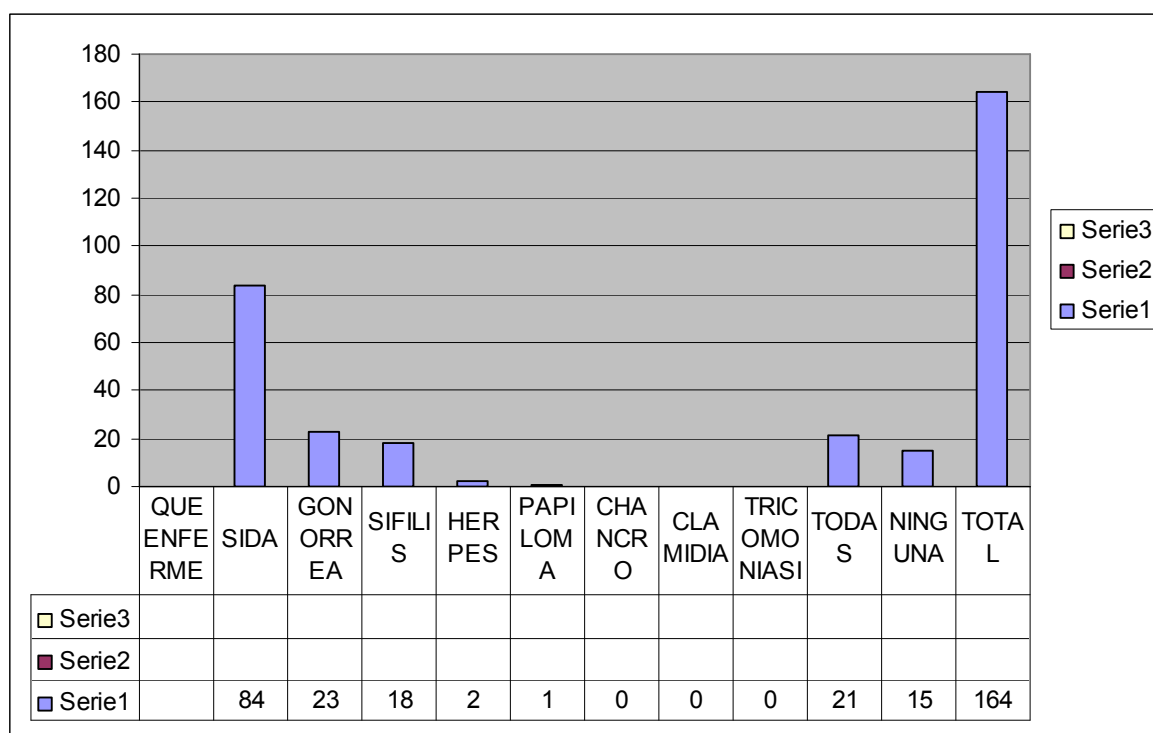
FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de Taganga II semestre del 2006. Diseño propio

El 3 % de las adolescentes encuestadas hace un año quedaron embarazadas, el 2 % hace 2 años quedaron embarazadas, el otro 2 % hacen 3 años quedaron embarazadas y por último el 2 % restante hace 4 años.

El 91 % de los encuestados contestó que nunca habían salido embarazadas.

FIGURA No. 17

Infecciones de transmisión sexual que los adolescentes de la comunidad de Taganga conocían en el segundo semestre del 2006”



FUENTE: instrumento de factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de Taganga II semestre del 2006. Diseño propio

La figura número 17 nos muestra la respuesta de los adolescentes con relación a las enfermedades de transmisión sexual que conocen y que pueden adquirirse mediante las relaciones sexuales, apreciándose un mayor por ciento para el SIDA, Gonorrea y la Sífilis con un 51%, un 14%, y 11%, respectivamente, justificándose el mayor nivel de conocimiento sobre el SIDA

ya que es una enfermedad de la cual cada día se recibe más información por todos los medios de difusión masiva.

Salam Betancourt en un trabajo similar encontró que las tres primeras enfermedades de las cuales más conocimiento tenían los adolescentes eran las mismas que las encontradas por nosotros. (14)

Es importante el desconocimiento que existe de otras enfermedades de transmisión sexual, posiblemente debido a una menor difusión en la población.

Durán Cortina en un trabajo sobre sexualidad en adolescentes encontró un inadecuado conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual.

8. ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En la figura numero 4 se muestran las edades de las primeras relaciones sexuales de nuestro grupo de estudio y encontramos como en el sexo masculino el 38,5% tuvo su primera relación sexual a los 15 años de edad mientras que 29,5% las inició entre los 15-17 años y un 32% luego de los 17 años. En cuanto al sexo femenino el 26,9% comenzó sus relaciones sexuales antes de los 15 años, el 51,5% entre los 15-17 años y 21,5% luego de los 17 años.

Nuestros resultados son similares a los estudios realizados en Buenos Aires, en una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 15,7 años para varones y 14,9 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían. Podemos notar que no es mucha la diferencia con el inicio de las relaciones sexuales en la comunidad de Taganga.

De los que contestaron que si conocen los métodos anticonceptivos, el más conocido es el método del condón, con un 41% seguido del método de las píldoras con un 22 %.

En investigaciones realizadas en América Latina y el Caribe, el 90 % o más de las adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, excepto Bolivia (74 %), Guatemala (68 %), y Paraguay (89 %).

El método más utilizado es el condón, con un 37 % luego viene la píldora con un 9 %, es de anotar que la mayor respuesta a esta pregunta fue ninguno con un 43%.

En el estudio realizado en Buenos Aires Argentina un 70% de los adolescentes que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado.

El 38 % de los encuestados nunca utilizan métodos anticonceptivos. El 35 % contestó que siempre y el 27 % restante dice que casi siempre utiliza métodos anticonceptivos.

Sin embargo, en América Latina los porcentajes de uso de anticonceptivos son bajos, en el Perú, entre las adolescentes no unidas sexualmente activas, el 27 % usa métodos modernos, el 42 % usa métodos tradicionales (ritmo o retiro) y el 28 % no usa actualmente un método anticonceptivo.

Del 100% de las mujeres encuestadas solo el 9% contestó que si había quedado embarazada alguna vez

Las investigaciones revelan que el embarazo adolescente sigue siendo frecuente en América Latina en comparación con los resultados obtenidos en las adolescentes de Taganga, los embarazos en estas son poco presentes teniendo en cuenta los sesgos de la investigación.

La figura número 17 nos muestra la respuesta de los adolescentes con relación a las enfermedades de transmisión sexual que conocen y que pueden adquirirse mediante las relaciones sexuales, apreciándose un mayor por ciento para el SIDA, Gonorrea y la Sífilis con un 51%, un 14%, y 11%, respectivamente, justificándose el mayor nivel de conocimiento sobre el SIDA ya que es una enfermedad de la cual cada día se recibe más información por todos los medios de difusión masiva.

Salam Betancourt en un trabajo similar encontró que las tres primeras enfermedades de las cuales más conocimiento tenían los adolescentes eran las mismas que las encontradas por nosotros.

Es importante el desconocimiento que existe de otras enfermedades de transmisión sexual, posiblemente debido a una menor difusión en la población.

Durán Cortina en un trabajo sobre sexualidad en adolescentes encontró un inadecuado conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual.

9. CONCLUSIONES

Se realizó un estudio observacional descriptivo en 164 adolescentes de ambos sexos en el corregimiento de Taganga ubicado en la ciudad de Santa Marta, seleccionados por muestreo entre las edades de 10-19 años. Se aplicó una encuesta a cada adolescente, donde se investigaron datos de identidad personal, edad de las primeras relaciones sexuales, métodos anticonceptivos utilizados en ellos, números de compañeros sexuales. Como resultados encontramos que la gran mayoría de nuestros jóvenes tenían relaciones sexuales precoces, siendo el condón o preservativo el método más conocido y utilizados por ellos, a pesar de que otros métodos son usados pero con menos frecuencia que el antes mencionado.

Estadísticamente permite concluir que probablemente no hay diferencia promedio en la edad de inicio de las relaciones sexuales en ambos sexos.

Las enfermedades de transmisión sexual de las cuales tuvieron mayor conocimiento fueron el SIDA, la Gonorrea y la Sífilis.

10. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

LIMITACIONES

Durante la realización de nuestro trabajo obtuvimos problemas de sesgo de información debido a que dos de las integrantes son residentes en esta comunidad.

RECOMENDACIONES

Taganga no cuenta con estudios referentes a los factores de riesgos en salud sexual y reproductiva, por esta se incentiva a los investigadores a seguir trabajando con los adolescentes de esta comunidad.

- Facilitar a los jóvenes de la comunidad los espacios donde puedan consultar confidencialmente los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- La educación en salud sexual y reproductiva de los adolescentes debe ser responsabilidad de los padres y de los colegios ya que no solo la educación empieza en el colegio sino que también empieza en el hogar “si hablamos con más claridad con nuestros adolescentes sobre las relaciones sexuales tendremos una mejor sociedad responsable y con mejores valores.

- Implementar programas en salud sexual y reproductiva en los cuales los adolescentes creen conciencia del peligro que representa contraer las infecciones de transmisión sexual.
- Impulsar la creación de campañas de enseñanzas sobre como prevenir las infecciones de transmisión sexual, para que la comunidad este informada
- Practicar sexo seguro (una sola pareja usar condón)
- Elaborar programas de educación sobre la prevención de embarazos en adolescentes a nivel de toda la comunidad.
- Promover el uso correcto de los métodos anticonceptivos por medio de charlas teórico prácticas para que a la hora del acto sexual se tengan en cuenta.
- Crear grupos que trabajen para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH/ SIDA
- Que la Universidad del Magdalena lidere en compañía de las entidades de salud programas de orientación en salud sexual y reproductiva a los adolescentes de la comunidad de Taganga a través de los estudiantes de enfermería que cursan la cátedra de salud familiar.
- Los padres como agentes socializadores deben impartir educación y las entidades educativas deben reforzarla debido a que en la investigación el grado de escolaridad de los estudiantes influye en los pensamientos que estos tienen acerca de la sexualidad

11. BIBLIOGRAFIA

1. PELÁEZ MENDOZA JORGE. Adolescencia y salud reproductiva. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 1999.
2. Advancing sexual and reproductive health worldwide through research, policy analysis and public education. 2000, Pág. 121, 130.
3. Hacia un Nuevo Mundo: La Vida Sexual y Reproductiva de los Jóvenes. 01/2006
4. William H. Gates Foundation. Resumen ejecutivo .
5. Hacia un Nuevo Mundo: La Vida Sexual y Reproductiva de los Jóvenes. 01/2006
6. PROFAMILIA. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud; 2000. Bogotá: Printex Impresores Ltda. 2000.

7. ARANA MT. CALLE MC, ARANA M 2004. Promoción y cuidado de la salud de adolescentes y jóvenes; haciendo realidad el derecho a la salud. SPA-OPS-GTZ Pág. 334
8. OJEDA G ET. Salud Sexual y Reproductiva: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2000. Santa fe de Bogotá, Colombia: PROFAMILIA, 2000.
9. CASTRO ESPÍN M. Retos actuales de la educación sexual y una propuesta para la población más joven. Rev. Sexología y Sociedad. 1996.
10. Lundgren R. Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes Varones en América Latina. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2000.
11. HALCÓN L ET AL. A Portrait of Adolescent Health in the Caribbean. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2000.
12. Pisani E et al. HIV and AIDS in the Americas: An Epidemic with Many Faces. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2000.

13. Blanc AK, Way AA. Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Estudies in Family Planning* 1998; 29:106-116.
14. Salam Betancourt Alicia: Conocimiento sobre sexualidad en un grupo de adolescentes, TTR 2001.
15. Plan de Acción de desarrollo y salud en adolescentes y jóvenes en Las América. 1998-2001. Washington: OPS; 1998.p. 7-11.
16. HEREDIA HERNÁNDEZ B, Velasco Boza A, Cutié León E, Álvarez Pineda AB. Enfermedades de transmisión sexual y su relación con el embarazo. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* 1998; 24(1):28-33.
- 17 LA SALUD EN LAS AMÉRICA, edición de 2002, volumen 1.
18. M. Foucault (1977). *Historia de la sexualidad*. 1. La voluntad de saber. México: Siglo XXI Eds. (p. 178 y sigts)
19. EDGARD AMORY WINSLOW definición de Charles- publicada en 1920 en la revista *Science* y citada aún en los textos de salud pública
20. NOGUEIRA. "CECILIA CARDINAL DE MARTÍN, la Educación Sexual como el Proyecto de una visión vital, dialógica y reivindicativa del sentido humano del placer. Si tu cuerpo goza, gozará la vida. Reflexiones a propósito de la

publicación de su libro: Educación sexual. Un proyecto humano de múltiples facetas". Revista Anthropos No. 210, Sección Laberintos p.197.

21. Colectivo de autores, Lecciones de Filosofía Marxista – Leninista Tomo II
Editorial Félix Varela La Habana 2003

22. Esta referencia es tomada del Portal Minkowska.
(<http://www.minkowska.com>)

23. NOGUEIRA. "CECILIA CARDINAL DE MARTÍN, la Educación Sexual como el Proyecto de una visión vital, dialógica y reivindicativa del sentido humano del placer. Si tu cuerpo goza, gozará la vida. Reflexiones a propósito de la publicación de su libro: Educación sexual. Un proyecto humano de múltiples facetas". Revista Anthropos No. 210, Sección Laberintos p.197.

24. Colectivo de autores. Lecturas de Filosofía, Salud sexual y reproductiva,
editorial Ciencias Medicas, 2004.

25. Hiebsch H, Vermerg M. psicología social marxista. La Habana: Editora
Política: 1982

26. [http://www.colombiajoven.gov.co/documentos/saludyr/politica-SSR 27.pdf](http://www.colombiajoven.gov.co/documentos/saludyr/politica-SSR%2027.pdf),
estado del arte

27. Constitución política artículo 2, 11, 12, 13, 15

28. Ley nacional de salud reproductiva y procreación responsable.

Artículos 1º- 2º

29. Ministerio de Salud, Documento técnico no. 1., p. 13. Esta política se sustenta Jurídicamente en la Constitución Política de Colombia (Art. 46 y 48), Ley 10 de 1990

Descentralización administrativa, la Ley 60 de 1993 sobre distribución de competencias y recursos en las entidades territoriales, la Ley 115 de 1993 de Educación y la Ley 100 de 1993 que reglamenta la reforma al SGSSS.

30. El Ministerio de Salud es el encargado de formular la política de SSR y normas relacionadas y define el conjunto de actividades de promoción, prevención y tratamiento de esta política. *Ibíd.*, p. 25.

31. DENSE F. PÓLIT- HUNGLER investigación científica en ciencias de la salud, sexta edición. MC Graw Hill Interamericana

32. PRIETO SUÁREZ EDGAR, Universidad Nacional de Colombia, facultad de medicina departamento de salud pública.

33. [http:// webs.uvigo.es/sexualidad](http://webs.uvigo.es/sexualidad)

34. <http://www.definicion.org>

35. [http:// es.wikipedia.org/wiki](http://es.wikipedia.org/wiki).

13.

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

INSTRUMENTO DE FACTORES DE RIESGOS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE TAGANGA II SEMESTRE DEL 2006

INSTRUCTIVO: la siguiente encuesta busca analizar los factores de riesgos en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la comunidad de taganga

Responda cada una de las preguntas marcando su opción escogida

- Edad _____ años
- Sexo: M _____ F _____

- Estrato socio económico:

1

2

3

4

5

6

- Nivel educativo:

Grado:

0

6

1

7

2

8

3

9

4

10

5

11

Técnico o universitario

Otros

No sabe leer ni escribir

- ¿Ha que edad tuviste la primera relación sexual?

- ¿Tienes relaciones sexuales actualmente?

si _____ no _____

- ¿Has tenido relaciones sexuales con otra persona que no sea tu pareja?

si _____ no _____

- ¿Que métodos anticonceptivos conoces?

Píldoras anticonceptivas _____

Inyecciones _____

Condón _____

DIU _____

Ritmo _____

Todos _____

Ninguno _____

- ¿Cual utilizas?

- ¿Con que frecuencia utilizas los métodos anticonceptivos?

Siempre _____

Casi siempre _____

Nunca _____

- ¿Quien te lo recomendó?

Medico _____

Enfermera _____

Amigos _____

Otros _____

No me los han recomendado _____

- ¿conoces las indicaciones?

si _____ no _____

- ¿conoces las contraindicaciones?

si _____ no _____

- ¿donde consigues los métodos anticonceptivos?

Tienda _____

Supermercados _____

Droguerías _____

Todas las anteriores _____

- ¿usaste el método anticonceptivo para evitar embarazo, enfermedades de transmisión sexual, o las dos cosas?

Embarazo _____

Infecciones de transmisión sexual _____

Las dos cosas _____

- ¿has quedado embarazada alguna vez?

si _____ no _____ ¿hace cuanto? _____

- ¿que infecciones de transmisión sexual conoces?

sida	_____	chancro	_____
gonorrea	_____	clamidia	_____
Sífilis	_____	tricomoniasis	_____
Herpes genital	_____	todas	_____
Papiloma humano	_____	ninguna	_____

- ¿has tenido alguna infección de transmisión sexual?

si _____ no _____ cual _____

Gracias por su participación.

Fuente: diseño propio, factores de riesgos en salud sexual y reproductiva, en adolescentes de la comunidad de taganga, santa marta 2006.